

**CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU TRAITEMENT
DE
L'ANTÉFLEXION UTÉRINE**

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 5 Juin 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

RAPHAEL BRICAGE

Né le 21 Janvier 1868, à Saint-Bidier-en-Bresse (Saône-et-Loire)



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Juin 1894

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU TRAITEMENT
DE
L'ANTÉFLEXION UTÉRINE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 5 Juin 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

RAPHAEL BRICAGE

Né le 21 Janvier 1868, à Saint-Nicolas-en-Bresse (Saône-et-Loire)



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Juin 1894

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN
GAYET. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, GLÉNARD.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. LÉPINE.
		BONDET.
Cliniques chirurgicales.	{	OLLIER.
		PONCET.
Clinique obstétricale et Accouchements.		FOCHIER.
Clinique ophtalmologique.		GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		GAILLETON.
Clinique des maladies mentales		PIERRET.
Psychique médicale		MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique.		HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie.		CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique.		FLORENCE.
Zoologie et Anatomie comparée.		LORTET.
Anatomie.		TESTUT.
Anatomie générale et Histologie.		RENAUT.
Physiologie.		MORAT.
Pathologie interne.		TEISSIER.
Pathologie externe.		BERNE.
Pathologie et Thérapeutique générales		MAYET.
Anatomie pathologique.		TRIPPIER.
Médecine opératoire.		POLLOSSON (MAURICE)
Médecine expérimentale et comparée		ARLOING.
Médecine légale.		LACASSAGNE.
Hygiène		ROLLET.
Thérapeutique		SOULIER.
Pharmacie.		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants MM. WEILL, agrégé.
Accouchements. POLLOSSON (Aug.) —
Botanique. BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM. AUGAGNEUR.	MM. DIDELOT.	MM. ROCHET.	MM. WEILL.
BEAUVISAGE.	GANGOLPHE.	RODET.	BARRAL,
CONDAMIN.	JABOULAY.	ROLLET (ÉTIENNE)	chargé des fonctions d'agrégé.
COURMONT.	LANNOIS.	ROQUE.	MOREAU id.
DEROIDE.	PERRET.	ROUX.	
DEVIC.	POLLOSSON (Aug.)	VIALLETON.	

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. LAROYENNE, Président; M. CONDAMIN, Assesseur; MM. DEVIC et ROLLET (Ét.), Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LAROYENNE

A MONSIEUR LE DOCTEUR CONDAMIN

PROFESSEUR-AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

A MES MAÎTRES

A MES AMIS

PRÉFACE

S'il est une partie des études médicales qui soit négligée, c'est bien la gynécologie : la longue durée nécessaire à l'éducation de la pulpe digitale, la difficulté d'interpréter à leur juste valeur les sensations perçues, la délicatesse et le tact qu'on doit mettre en œuvre pour pratiquer les explorations aussi bien externes qu'internes du pelvis, expliquent jusqu'à un certain point cet abandon. Et cependant les affections gynécologiques sont fréquentes, douloureuses, et privent souvent la femme de la fonction pour laquelle elle a été créée ; la conception ! Ce sont ces considérations qui nous ont engagé à nous occuper d'une façon plus spéciale des affections de l'utérus et de ses annexes. Ce que nous avons acquis, nous le devons à M. le professeur agrégé Condamin, qui, par ses connaissances approfondies en gynécologie, avec sa bienveillance connue de

tous, nous a initié à la pratique du palper et du toucher. Dans ses intéressantes leçons orales, il nous a appris la conduite à tenir en présence de telle maladie.

Nous remercions donc sincèrement M. le professeur agrégé Condamin; nous le remercions aussi de nous avoir inspiré le sujet de notre travail et de nous avoir guidé dans nos recherches. Nous sommes fier de l'honneur qu'a bien voulu nous faire M. le professeur Laroyenne en présidant la soutenance de notre thèse.

Après avoir cité, dans les *préliminaires*, les différentes idées qu'on a eues sur la situation physiologique de l'utérus, et divisé l'antéflexion utérine en diverses variétés, nous traitons :

Dans le chapitre I des complications de l'antéflexion utérine;

Dans le chapitre II des divers traitements destinés à les combattre;

Dans le chapitre III du traitement qui semble devoir primer tous les autres.

Nous rapportons ensuite cinq observations ayant trait à notre sujet, puis nous posons nos conclusions.

PRÉLIMINAIRES

L'antéflexion est l'exagération de l'état normal d'antécourbure. On a beaucoup discuté autrefois pour savoir qu'elle était la situation physiologique de l'utérus. Pour Pirogoff, c'était la rétroversion. Cette opinion ne persista pas longtemps. On s'est alors posé les deux questions suivantes : l'axe de l'utérus est-il dans son ensemble, parallèle à l'axe du détroit supérieur c'est-à-dire rectiligne, ou bien le corps et le col se réunissent-ils en formant un angle ouvert en avant de telle sorte que l'organe soit normalement en antéflexion? Kolliger, dans une série de recherches faites sur des enfants et des jeunes filles de douze à dix-huit ans, arrive à la conclusion que l'organe n'est jamais infléchi sur lui-même, qu'il est rectiligne, et dans l'axe du petit bassin, mais que cette situation peut se modifier dans certaines limites avec l'état de réplétion ou

de vacuité de la vessie. Pour Bandl l'antéflexion s'expliquerait par un état inflammatoire très fréquent du col se propageant au tissu cellulaire voisin : la rétraction de ce dernier amènerait ensuite la déviation. Panas, Crédé, pensent que l'antéflexion est la position normale ; His a estimé l'angle de flexion à 140, 130, 110 et 70 degrés. En Allemagne, Schultz estime que chez la jeune fille l'utérus est en antéflexion à cause de sa flexibilité plus grande que chez la femme qui a déjà accouché ; chez celle-ci, l'état normal est l'antéversion, qui peut se transformer en antéflexion sous l'influence de la pression abdominale. En France, Aran, Richet, Courty, Tillaux admettent l'antéflexion comme physiologique, l'utérus est plus incurvé en avant, son axe semble suivre la direction du canal pelvien ; il décrit, comme celui-ci, une courbe à concavité antérieure. C'est à cette dernière opinion qu'il faut se rallier. On peut donc dire en résumé que la direction de l'utérus n'est pas parallèle à l'axe du détroit supérieur, mais à celui de l'excavation. Voilà pourquoi on a longtemps pris pour des utérus pathologiquement déviés des organes en parfaite situation.

Il est difficile de tracer une limite rigoureuse entre l'état physiologique et l'état morbide ; on peut dire pourtant que celui-ci commence lorsque l'angle de flexion est perceptible au doigt explorateur comme une brusque courbure ¹.

¹ Pozzi, *Traité clinique et opératoire de gynécologie*.

Au point de vue du siège de la flexion, Gaillard-Thomas distingue trois variétés :

1° *Flexion corporelle* : le corps est fléchi sur le col en situation normale : c'est le type ordinaire.

2° *Flexion cervicale*, inverse de la première.

3° *Flexion cervico-corporelle* où les deux segments de l'utérus sont fléchis l'un vers l'autre.

Au point de vue symptomatique, on divise les antéflexions en deux catégories :

1° Des antéflexions qui s'accompagnent du tableau symptomatique classique.

2° Les antéflexions qui ne se révèlent que par un seul symptôme : la stérilité, ce sont les antéflexions indifférentes.

Au point de vue de l'étiologie, il existe deux sortes d'antéflexions :

1° L'antéflexion congénitale, 2° l'antéflexion acquise.

Dans la première enfance, comme chez le fœtus, il y a une courbure exagérée de l'organe, dont le corps est alors petit, relativement au col déjà très développé. Il suffit qu'au moment de la puberté la croissance de l'utérus se fasse irrégulièrement, que la paroi antérieure soit en retard sur la paroi postérieure, pour que l'antéflexion, dite *congénitale*, se manifeste : elle pourra, seconde remarque de l'arrêt de développement, coïncider avec un état infantile du col qui sera relativement long et conique ou même tapiroïde,

en museau de tapir, avec l'orifice externe très étroit. D'autres fois même, l'atrophie de la lèvre antérieure sera très manifeste et fournira un sûr indice de l'atrophie de la paroi correspondante ; enfin, on a vu coïncider cette antéflexion congénitale avec l'hypoplasie de tous les organes génitaux et l'étroitesse du bassin ¹.

Les antéflexions congénitales ne présentent pas un angle aussi aigu que les antéflexions acquises ; elles appartiennent généralement aux deux premières variétés de Gaillard-Thomas.

Après l'antéflexion congénitale, il faut placer l'antéflexion acquise. Elle apparaît au moment de la puberté, si l'hygiène de la jeune fille est mauvaise, quand l'utérus se gonfle et se ramollit sous l'influence des premières règles ; les fatigues de l'équitation et toutes les causes de métrite peuvent produire à la fois l'inflammation de la déviation de l'utérus. On comprend facilement qu'un ramollissement général de l'organe lui permette de s'infléchir au niveau de l'isthme, du côté où l'inclinait déjà son antécourbure infantile. On a quelquefois attribué les premiers accidents de la déviation à une chute, à un effort. Une des causes les plus fréquentes est le défaut d'involution de la paroi postérieure de l'utérus après l'accouchement ou l'avortement. Celle-ci est due à la rétention de débris de membranes ou de placenta qui s'infectent. Enfin, on l'a

¹ Pozzi.

attribuée à la para-métrite postérieure (E. Martin) et à la péri-selpingite (Pozzi) amenant des adhérences et la rétraction du col en arrière.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT DE L'ANTÉFLEXION UTÉRINE

CHAPITRE PREMIER

Etude critique des principales complications de l'antéflexion utérine.

Les symptômes de l'antéflexion utérine sont multiples. A côté de ceux qui sont propres à l'antédéviations, il faut placer ceux qui tiennent à la métrite concomitante. Disons d'abord, qu'il est bien difficile, par l'interrogatoire, de faire le diagnostic ; ce n'est pas l'hémorragie, la leucorrhée, les douleurs, même la stérilité qui feront penser à l'antéflexion plutôt qu'à autre chose ; dans le cas qui fait l'objet de notre travail, c'est à l'aide de l'exploration bimanuelle et du palper qu'on fait le diagnostic ferme.

Les principaux symptômes subjectifs sont : la douleur, la leucorrhée, les troubles de la menstruation, de la conception, les troubles de voisinage (vessie, rectum) ou éloignés (tube digestif, système nerveux). Nous allons les passer successivement en revue.

La *douleur* est spontanée, elle siège dans le petit bassin ; mais son maximum n'est pas toujours au niveau de l'uté-

rus, fréquemment c'est dans une des régions iliaques que la femme souffre le plus, surtout du côté gauche. L'explication rationnelle de ce fait est qu'il y a le plus souvent de la salpingite due à la métrite : les trompes, en effet, sont de simples prolongements des cornes utérines ; quant à sa fréquence à gauche, elle est aussi inexplicable qu'à l'épididymite de ce côté-là. Un autre point douloureux existe dans la région lombaire. Les fatigues, les faux pas, les cahots de voiture augmentent la douleur, soit immédiatement, soit tardivement. La douleur est sourde, gravative, persistante, réveillée par la pression, par le palper associé au toucher ; elle donne lieu à une sensation de poids, de plénitude au niveau du périnée et dans le petit bassin : la malade « sent son utérus » (Pozzi).

La *leucorrhée* est un phénomène fréquent, elle peut être plus ou moins masquée par du sang. Tantôt elle est continue, tantôt elle est intermittente : les produits sécrétés ne sont évacués que par intervalles. Dans certains cas, on observe de véritables crises sécrétoires et l'on voit apparaître une grande quantité de liquide presque subitement, après d'assez fortes douleurs.

La *dysménorrhée* est presque caractéristique. Elle s'accompagne de douleurs vives, irradiées, paroxystiques et de l'issue de caillots sanguins exhalant une odeur forte. Pour Fritsch, ces douleurs seraient dues à l'irritation des nerfs causée par la congestion, la tension vasculaire anormale que produit la courbure des vaisseaux au niveau de la flexion. Mais cette manière de voir, n'explique ni les caillots, ni leur fétidité, ni leur issue intermittente. Aussi J. Y. Simpson, Marion Sims et Pozzi pensent qu'il s'agit tout simplement d'un phénomène mécanique : nous savons

que dans l'antéflexion, le corps utérin avec le col ou le col, à lui seul, forme un angle souvent très aigu, par suite, la cavité cervico-utérine se trouve fortement coudée ce qui diminue son diamètre. Dès lors, que se passe-t-il? le sang s'accumule dans la partie de la cavité supérieure à la flexion, sous l'action de l'exsudat métritique, il se coagule : on peut alors tout comprendre. En effet, tout corps étranger situé dans un organe creux, dont les parois renferment des fibres musculaires, amène la contraction de cet organe, nous savons que cette contraction est douloureuse, paroxystique, témoins la colique hépatique, la colique néphrétique, les douleurs de la parturition. Or précisément dans le cas qui nous occupe, l'utérus accouche des caillots, véritables corps étrangers, qui irritent sa surface interne. Sous l'influence de sa contraction, la résistance opposée par la coudure qui forme quelquefois un véritable éperon, finit par être vaincue et les caillots sortent en masse; s'ils répandent l'odeur *sui generis* dont nous parlions plus haut, c'est qu'ils sont restés suffisamment de temps dans l'utérus pour permettre aux saprophytes de leur faire subir un certain degré de fermentation.

Les crises de dysménorrhée sont parfois terminées par des accidents aigus et fébriles qui résulteraient, d'après Pozzi, de l'effusion de quelques gouttes de sang dans le cul-de-sac de Douglas, à travers les trompes, produisant ainsi une sorte d'hématocèle minuscule.

Les *métrorragies* qu'on observe quelquefois sont certainement sous la dépendance directe de la métrite.

La *ménorragie* ou exagération de l'écoulement menstruel, peut se voir également : la deuxième malade dont nous avons relaté l'observation avait des règles qui

duraient huit à dix jours. Dans d'autres cas, au contraire, on observe l'*aménorrhée*. Enfin, comme derniers troubles menstruels, notons le retard dans l'apparition de la première menstruation, l'irrégularité et la rareté de l'écoulement menstruel.

Un des symptômes les plus marqués de l'antéflexion est la *stérilité*. A quoi l'attribuer ? On peut faire plusieurs hypothèses : la situation vicieuse du col, le rétrécissement de la cavité utérine par la coudure, l'infantilisme de l'utérus. Peut-être que toutes ces causes se combinent pour entraver la fécondation. Dans quelques cas, il y a un commencement de grossesse, mais l'*avortement* se produit dans les premiers mois. Il est probable alors qu'il s'agit d'un utérus infantile, la physiologie nous a en effet appris qu'un organe ne fonctionne que lorsqu'il a acquis son complet développement. L'antéflexion utérine peut ne se manifester que par la stérilité : elle est dite alors *indifférente*.

Le plus généralement les rapports sexuels sont douloureux, c'est ce que Barnes appelle la *dyspareunia*.

Les *troubles de voisinage* portent sur la vessie et le rectum. Outre l'influence directe de la métrite, l'utérus, fortement fléchi en avant, comprime le col vésical, aussi la femme ressent très fréquemment de la douleur en urinant, les mictions sont plus fréquentes, et il peut survenir du ténésme vésical. Les malades sont prédisposés aux cystites quand on est obligé de les cathétériser et qu'on néglige tant soit peu l'asepsie. La défécation devient également douloureuse par les ébranlements que cet acte communique à l'utérus ; aussi les femmes s'habituent à aller le moins souvent possible à la garde-

robe, et il en résulte bientôt une constipation opiniâtre et habituelle.

Les *troubles réflexes* sont variés et multiples. Nous allons dire quelques mots de chacun d'eux ; ils sont plus ou moins nombreux chez la même malade. Ils intéressent les appareils digestif, respiratoire, circulatoire, le système nerveux central et périphérique.

D'une façon générale, toutes les affections utérines ont un retentissement manifeste sur la digestion, l'ignorance de ce fait a souvent causé de graves erreurs de diagnostic. Cette dyspepsie si fréquente tient à une action réflexe dépendant du système nerveux de la vie organique ; il suffit, pour s'en rendre compte de considérer la richesse de l'innervation sympathique de l'utérus et de l'estomac. Cette dyspepsie a attiré depuis longtemps l'attention des gynécologistes : Bennet et Courty la mentionnent sans y insister ; d'intéressants mémoires de Braun¹ et de Imlach² ont paru depuis. Elle est quelquefois accompagnée de tympanite qui peut faire croire à la malade qu'elle est enceinte. Pozzi a cité plusieurs cas de dilatation stomacale avec tout son cortège symptomatique si bien décrit par Bouchard.

On a observé aussi chez la femme atteinte d'antéflexion une toux sèche, revenant tantôt par quintes, tantôt, au contraire, par émissions isolées, mais si fréquentes, qu'elles semblent constituer une sorte de « tic ». Le plus généralement, elle est petite, étouffée ; exceptionnellement elle présente un caractère sonore et métallique qui inquiète

¹ *Wien. med. Woch.*, 1886, p. 41-42.

² *Brit. gyn. journ.*, février 1887, p. 471-484.

les malades et leur entourage. Aran¹ l'avait signalée en 1858 ; Muller², à Paris, en a fait l'objet de sa thèse (1887). Elle ne répond à aucun signe sthétoscopique et guérit avec l'affection utérine.

Les palpitations de cœur qu'on rencontre quelques fois sont dues soit à l'anémie, soit à des réflexes nerveux.

Les réflexes du côté du système nerveux central et périphérique manquent rarement. On en explique aisément la pathogénie par la richesse d'innervation des organes génitaux qui sont reliés à la fois au grand sympathique par le plexus hypogastrique et à la moelle par le nerf honteux interne. Les névralgies sont très fréquentes ; les principales sont : la névralgie faciale, la névralgie intercostale, la névralgie lombo-abdominale, avec irradiation des douleurs dans la branche fémoro-cutanée, le plus souvent dans la cuisse gauche. La névralgie sacrée a été décrite sous le nom de coccygodynie par Simpson et Scanzoni. Enfin Clifton S. Morse parle d'une forme particulière d'asthénopie.

Les troubles du système nerveux général sont aussi variés. On a noté l'hystérie ; peut-être que dans ce cas, l'affection utérine n'a agit que comme cause occasionnelle chez une prédisposée. On sait avec quelle facilité les moindres lésions utérines engendrent les névropathies ; Mundé a cité l'observation d'une femme prise de catalepsie par la simple pression du doigt sur le col portant la cicatrice d'une ancienne déchirure. Combien, à plus forte raison, doit agir dans ce sens une affection telle

¹ *Lec. cl. sur les malad. de l'utérus*, Paris 1858.

² *De la toux utérine*, Paris 1887.

que l'antéflexion qui persiste indéfiniment. C'est chez ces malades qu'on trouve un état d'asthénie particulière, de dépression excessive du système nerveux qui rend la femme incapable de tout effort, sans que l'affaiblissement des muscles ou l'altération de la santé soit en rapport avec cet état de langueur¹. La chorée et l'épilepsie ont été, dans plusieurs circonstances, guéries par la reposition de l'utérus dans sa situation normale.

Tous ces symptômes, sans mettre la vie en danger, sont bien capables de porter atteinte à la santé générale de la femme atteinte d'antéflexion utérine. L'application d'un bon traitement s'impose. Voyons ce qu'on a fait jusqu'à ce jour et s'il n'est pas possible de faire mieux.

¹ Playfair, *Lancet*, 1881, t. I, 857; John Auld, *Med. and surg. Reporter*, 31 mars 1883.

CHAPITRE II.

Etude critique des principales méthodes de traitement.

Les divers traitements proposés contre l'antéflexion utérine sont excessivement multiples; s'ils sont si nombreux c'est que leur efficacité est douteuse, ou qu'ils n'ont pas donné tout ce qu'on en attendait.

On peut les diviser en deux classes:

1° *Traitement palliatif.*

2° *Traitement curatif.*

I. TRAITEMENT PALLIATIF

Le traitement palliatif peut se subdiviser en deux variétés: *a)* le traitement médical, *b)* le traitement chirurgical.

Le traitement médical comprend l'emploi des ceintures hypogastriques, des pessaires et de divers médicaments.

Les ceintures hypogastriques sont construites suivant plusieurs modèles, dont les principaux sont : la ceinture hypogastrique à pression élastique de Pajot et la ceinture avec plaque mobile à double mouvement de Collin ; cette plaque mobile s'incline soit par l'action d'une bretelle élastique, soit à l'aide d'un pas de vis qu'on serre après l'avoir appliquée au-dessus du pubis. Comme on le present, ces ceintures ont la prétention de refouler le corps de l'utérus en arrière, en agissant directement sur lui. Il est inutile d'insister pour montrer que les résultats obtenus laisseront bien à désirer, l'utérus étant situé en majeure partie derrière le pubis, la ceinture n'a pas sur lui une prise suffisante. Mais même à supposer qu'une ingénieuse disposition de coussins adoptés à la sangle parvienne à diminuer l'antéflexion, cette ceinture sera un objet gênant que la femme sera condamnée à porter pendant un temps illimité, désavantage encore plus marqué si la femme est jeune.

Ces ceintures ont presque toutes le défaut de remonter, de se froncer, de s'enrouler sur elles-mêmes ¹ malgré leurs sous-cuisses, généralement mal supportés à cause du frottement qu'ils exercent. Les baleines destinées à assurer la raideur de la sangle sont bien vite rejetées par suite de l'impression qu'elles laissent sur les chairs et de la pression qu'elles exercent sur les épines iliaques. Aussi Thomas a-t-il fait construire une ceinture sans baleines, ni sous-cuisses, représentée par une sangle étroite supportant une pelote en bois de cèdre poli : si les inconvénients sont moindres, les résultats n'en sont pas plus brillants.

¹ Mundé, *Traité de petite chirurgie gynécologique*.

Quant aux pessaires, leur forme et leur mode d'application varient pour chacun d'eux. On peut en distinguer trois variétés : 1° Les pessaires vaginaux, 2° les pessaires intra-utérins, 3° les pessaires mixtes. Les premiers agissent sur la paroi antérieure de l'utérus ; les seconds, représentés par une tige introduite dans la cavité utérine, redressent l'axe de cette cavité ; les troisièmes agissent de la même façon que les précédents, mais en prenant leur point d'appui sur les parois vaginales.

Parmi les pessaires vaginaux, les uns sont également employés dans l'antéversion, les autres ont été spécialement construits pour l'antéflexion. Les premiers sont représentés par le pessaire de Dumontpallier, dit pessaire indifférent, formé d'un anneau en caoutchouc élastique ; il est facile à appliquer, à retirer, et à nettoyer ; on l'introduit avec une pince spéciale ou avec les doigts en le pliant entre le pouce d'une part, l'index et le médius de l'autre. Citons ensuite le pessaire en berceau de Graily-Hewitt, celui de Thomas, qui ne diffère de la boucle de Hodge que par l'adaptation d'une pièce mobile en fer à cheval ; le pessaire de Galabin qui présente un fort épaissement antérieur, et celui de Hitchcock. Ces appareils appuient sur la face antérieure de l'utérus qu'ils refoulent en arrière. Les pessaires vaginaux propres à l'antéflexion ne sont pas moins nombreux, leur mode d'action est le même. Les principaux sont ceux de Gehrung, ou en double fer à cheval, de Fancourt-Barnes, combinaison de celui de Hodge et de Graily-Hewitt.

Les pessaires intra-utérins sont constitués par une tige qui pénètre dans l'utérus : cette tige est tantôt rigide, comme dans les pessaires de Simpson, de Barnes, tantôt

élastique, en baleine, comme dans celui de Vulliet, tantôt en caoutchouc, comme dans celui de Greenhalgh¹. Les anciens pessaires à tige étaient tout à fait rectilignes, ce qui était une erreur, puisque l'état normal de l'utérus est l'antécourbure; ils étaient le plus souvent composés de deux métaux, dont l'action galvanique passait pour avoir une influence salutaire. Fehling a fait construire un instrument beaucoup plus rationnel : c'est un tube de verre épais, fenestré, pourvu d'un pavillon et légèrement incurvé; on le remplit de poudre d'iodoforme maintenue par une boulette d'ouate et on l'introduit dans l'utérus, en ayant soin qu'il soit plus court d'environ un demi-centimètre que la cavité de l'organe préalablement mesurée. L'instrument est retenu par la saillie que fait la muqueuse dans les trous dont il est percé; la femme doit le garder huit, dix, douze mois.

Nous citerons parmi les pessaires mixtes celui de Studley, qui ressemble à un Hodge qui porterait au niveau de sa moitié postérieure une tige intra-utérine, et le pessaire de Gaillard-Thomas, formé par un Hodge auquel est adaptée une cuvette dans laquelle vient prendre appui une tige intra-utérine.

Què faut-il penser de l'emploi des pessaires? Ils ont leurs partisans et leurs détracteurs; ces derniers qui, de parti pris, rejettent l'emploi des pessaires sont ceux qui ne savent pas les appliquer. Il suffit de passer quelque temps dans une clinique gynécologique pour voir les bons résultats qu'on obtient avec ces instruments. Néanmoins, s'ils font merveille dans les cas de rétrodévi-
ation

¹ Art. PESSAIRE, par Auvard, in *dict. Dechambre*.

ou de prolapsus, il faut bien en rabattre quand il s'agit de l'affection qui fait l'objet de notre travail. Dans l'antéflexion utérine, en effet, les pessaires sont d'une inefficacité notoire et ceux qui présentent une tige sont dangereux¹. A côté de cela, il faut placer les inconvénients multiples et les complications plus ou moins graves, bien que rares, qui peuvent résulter de l'application de tout pessaire en général.

Pour qu'on puisse mettre un pessaire à une femme, il faut qu'elle le tolère, qu'elle n'en souffre pas, or dans les cas d'inflammation péri-utérine, de périmérite, d'ulcération du col, il faudra renoncer à ce mode de traitement, du moins temporairement. Dans d'autres circonstances, sans phénomènes phlegmasiques, mais par suite d'un nervosisme particulier, la femme est incapable de garder un pessaire : Supposons maintenant que la malade puisse supporter un Graily-Hewitt ou une tige de Fehling, elle est astreinte à des soins de propreté minutieux, à des injections vaginales quotidiennes, au nettoyage de son pessaire de temps en temps ; pour cela, il faut l'enlever, ce que, le plus souvent, elle ne pourra faire seule. Et ces inconvénients seront d'autant plus marqués que la malade sera plus jeune. Ajoutons que ces pessaires situés en majeure partie dans le cul-de-sac antérieur gênent les rapports sexuels et peuvent même les rendre impossibles. Les tiges intra-utérines entravent la conception le plus souvent, bien que Winckel et Olshausen en aient rapporté un cas, or parmi les symptômes que doit combattre le traitement, un des principaux est la stérilité.

¹ Voir R. Condamin, in *Mercure médical*, 16 mai 1894.

Auvard ¹ cite plusieurs complications dues à l'usage des pessaires. Suivons un ordre croissant de gravité. Il est peu de médecins qui, dans une clinique gynécologique n'aient pas vu quelques fois se présenter des femmes, le plus souvent âgées, qui, négligeant les soins de propreté qu'on leur avait conseillés ont gardé le même pessaire pendant plusieurs années, or celui-ci s'est calcifié, est devenu rugueux, a augmenté de volume par suite du dépôt de sels de chaux qui s'est fait à sa surface. Ce n'est qu'avec la plus grande peine qu'on parvient à le retirer et souvent on produit des déchirures des parties voisines si dès le début on n'a pas fait des débridements au bistouri. Chez d'autres, la difficulté à sortir le pessaire ne tient pas tant à son incrustation qu'à la formation sur les parois vaginales et le col de végétations qui l'environnent de toutes parts, ce qui nécessite une véritable dissection du pessaire.

On a observé quelques cas de gangrène par compression, se manifestant extérieurement par des pertes sanguinolentes. Enfin les ulcérations du col peuvent se voir.

A côté de ces complications bénignes, jusqu'à un certain point, il en est d'autres bien plus sérieuses : je citerai, après Auvard, le phlegmon du ligament large, les abcès de la fosse iliaque, la pelvi-péritonite, la péritonite, et enfin, une dernière, plus insidieuse : le carcinome, qui a été noté par Hégar et Kaltenbach et dont la cause est probablement l'irritation par le pessaire.

Au lieu de traiter l'ensemble des symptômes par la reposition de l'utérus dans sa situation normale à l'aide

¹ In *Dict. Dechambre, loc. cit.*

de moyens qu'on pensait efficaces, on a, dans d'autres circonstances, traité simplement le symptôme prédominant : la métrite, la dysménorrhée, la stérilité.

Contre la métrite, si fréquente que certains gynécologues la regardent comme la cause de la déviation, on a institué le traitement classique ; on recommande la continence, le repos horizontal, surtout pendant les règles, on entretient la liberté du ventre par de fréquents purgatifs, on prescrit les injections à 45 degrés, faites lentement, dans la position dorso-sacrée, le bassin un peu surélevé, suivant la manière de faire, préconisée par M. le professeur agrégé Condamin. Les tampons vaginaux glycerinés, en ramollissant et en décongestionnant les tissus ont donné quelques résultats passagers, il en est de même des opiacés et des saisons faites à Salins, à Salies de Béarn, à Kissingen, à Marienbad. Le curettage n'a pas produit davantage. Cette métrite, due à l'antéflexion, ne disparaît qu'avec elle.

Quant au traitement de la dysménorrhée, il est médical ou chirurgical. Le premier s'adresse uniquement à la douleur, aux spasmes. Les médicaments administrés dans ce but sont très nombreux, chaque gynécologue a le sien. Dubois¹ a vanté le chloral, le bromure de potassium, Courty, l'*assa fetida* ; Schaw recommande spécialement la belladone et la jusquiame. On a employé aussi le valérianate d'ammoniaque, le musc, la teinture de *cannabis indica*. Pour certains, l'antypirine, en injection hypodermique est une ressource précieuse. Dans les crises les plus intenses, on a fait inhaler prudemment de

¹ In *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 5 juin 1888.

l'éther. Suivant Chambers, l'oxalate de cerium donne d'excellents résultats ; Wylie se loue beaucoup de l'électricité ; il place le pôle positif dans l'intérieur du col utérin. Les lavements au laudanum, à la valériane, procurent parfois un soulagement que les autres remèdes n'ont pas donné. Quant au traitement général, il est approprié à l'état d'anémie ou de nervosisme de la malade.

Le traitement chirurgical est aussi varié. Certains gynécologues pensant que les douleurs dysménorrhéiques avaient leur point de départ non pas dans l'utérus, mais dans l'ovaire, qu'elles résultaient d'un manque de parallélisme entre les fonctions de l'ovaire et celles de l'utérus ont proposé et pratiqué l'extirpation des ovaires sains pour faire cesser la douleur en abolissant la fonction qui la provoquait. Cette castration, ou ovariectomie normale a été faite pour la première fois presque simultanément par Battey, en Amérique et Hégar en Allemagne (1872) ; Lawson-Tait, en Angleterre la répéta quelques années plus tard (1879).

Cette opération a donné des résultats satisfaisants, mais ce n'est pas une raison pour en faire une règle de conduite. D'abord c'est une opération sérieuse : la première malade opérée par Hégar mourut de péritonite. Ensuite, il faut se demander si l'ovaire est bien le point de départ des douleurs ; quand même il serait très douloureux, il faudrait être très réservé : on connaît l'ovarie des hystériques ; de plus, il peut exister, chez toutes les femmes, des douleurs névralgiques ayant une origine centrale, avec irradiations centrifuges, de même que les dents saines sont d'une sensibilité extrême dans la névralgie du trijumeau

et cependant il ne vient à l'idée de personne de les extraire. Autre reproche, l'opération de Battey prive la femme d'organes qui sont indispensables aux fonctions qui lui sont dévolues. Ce mode de traitement n'est donc pas à conseiller; nous verrons plus loin qu'on peut faire mieux.

D'autres chirurgiens pensant que la cause des douleurs était une sténose de la cavité cervico-utérine, se sont adressés directement à l'utérus. Ils ont appliqué tous leurs efforts à la dilatation du col. Les moyens employés pour arriver à ce but sont nombreux; les uns emploient les tiges de laminaire, d'autres se servent des dilateurs de Hegar. Dans les antéflexions congénitales, dans lesquelles le col est souvent conique et l'orifice diminué de diamètre, on a longtemps pratiqué l'incision bilatérale avec le bistouri, le métrotome de J. Simpson, l'hystérotome de Collin ou les ciseaux de Kuchenmeister.

Sans parler de l'asepsie insuffisante des tiges de laminaire et des complications inflammatoires auxquelles on expose la malade en les employant, nous dirons que les résultats obtenus ne sont pas durables, peu après le passage des bougies d'Hegar, la dilatation disparaît; de même, après l'incision bilatérale du col, la cicatrisation rétablit bientôt l'état primitif.

Ces inconvénients ne tardèrent pas à être observés et firent bientôt préférer et adopter une autre méthode, une véritable stomatoplastie par amputation du col à lambeaux biconiques, indiquée par Simon, décrite par Marckwald et préconisée par A. Martin¹.

¹ *Path. und Ther. der Frauenkrankh.*, p. 85.

D'autres préfèrent l'amputation du col à un lambeau ou excision de la muqueuse, d'après le procédé de Schroeder, opération appliquée d'abord à la métrite catarrhale avec ulcération profonde et dégénérescence folliculaire plus ou moins profonde du col. Pozzi¹ a parfois combiné ces deux procédés, en faisant deux lambeaux à la lèvre antérieure, de manière à en enlever un segment cunéiforme plus considérable, un seul lambeau à la lèvre postérieure. Le but qu'on s'est proposé d'atteindre est de reconstituer un orifice de forme transversale et de dimensions suffisantes, très exactement ourlé par la muqueuse, de telle sorte qu'aucun travail de rétraction et de rétrécissement post-opératoire ne puisse se produire.

C'est surtout pour combattre la stérilité qu'on a pratiqué les opérations de discision. Sims incisait la lèvre postérieure avec son bistouri; Emmet fait la même incision avec des ciseaux et achève la rectification du canal cervical en incisant avec un ténotome courbe, sur la face antérieure, une certaine épaisseur de tissu formant une sorte d'éperon.

II. — TRAITEMENT CURATIF

Le traitement palliatif est avant tout symptomatique, c'est l'unique préoccupation des opérateurs. Après avoir énuméré les divers traitements, Pozzi ajoute¹ : « Celle-ci (l'antéflexion) se corrige parfois d'elle-même peu à peu. » D'autres gynécologues, partant de ce principe, que la

¹ *Traité de gynéc.*

¹ *Loc. cit.*

déviation est la cause de tous les symptômes, ont tenté de replacer d'une façon durable l'utérus dans sa position physiologique. Pour y arriver, on a eu recours à deux méthodes principales : le massage et l'opération de Thiriar.

Le massage, d'origine suédoise, a été appliqué aux maladies de l'utérus par Brandt. Nous passerons sous silence l'historique de la question. Après l'avoir fait d'une façon très complète, Stapfer¹ expose avec beaucoup de détails le *modus faciendi*, les indications, les résultats. La méthode de Brandt se compose de deux parties : le massage proprement dit et la gymnastique gynécologique. D'après l'auteur suédois, on doit commencer les manœuvres par le massage analgésique préparatoire qui a pour but d'habituer les tissus au massage curatif, et qui consiste en frictions circulaires exercées aux environs des points douloureux, mais non sur ces points, avec la main droite, tandis que l'index gauche est introduit dans le vagin et fixe un cul-de-sac. Le massage curatif se fait de la même manière, mais en imprimant à la main droite un mouvement vibratoire spécial et en exécutant des frictions croissantes en énergie sur toute la région pré-utérine, même sur les points qui, au début, étaient douloureux. Les séances de massage sont d'ordinaire quotidiennes, toute interruption prolongée est préjudiciable ; on ne doit pas même s'abstenir pendant les règles qui favorisent, au contraire, les résultats en assouplissant les tissus.

La gymnastique gynécologique doit être divisée, au

¹ Kinésithérapie gynécologique. In *Ann. de gynéc.*, 1892, p. 81, 189, 264.

point de vue du mode d'action, en trois séries de mouvements : la première décongestionnante des organes pelviens, la deuxième congestionnante, la troisième destinée à fortifier la musculature pelvienne. Dans la première série, on fait agir isolément ou simultanément le groupe des abducteurs fémoraux et les muscles du dos ; dans la deuxième, on n'agit par sur des groupes musculaires isolés, on provoque l'afflux du sang vers le bassin par l'action simultanée de plusieurs groupes, par des attitudes fatigantes, par l'effort (action de se tenir en équilibre sur une jambe, tandis que l'autre est relevée et fléchie sur la cuisse), par l'excitation directe (percussion, tapotement, hachures dans la région dorso-lombaire), ou, au contraire, par des mouvements passifs (l'opérateur fait exécuter des mouvements de circumduction à la cuisse de la malade, laquelle est étendue sur le dos). La femme est donc tantôt fortement active, tantôt inerte ou passive. Les mouvements de la troisième série consistent dans la mise en jeu des adducteurs fémoraux et dans les excitations directes.

Un massage léger, superficiel, court, excite les vasoconstricteurs, empêche les stases sanguines, précipite les courants ¹. Par un massage vigoureux, on produit l'effet contraire. L'opérateur est donc maître, de congestionner ou de décongestionner le pelvis. On conçoit alors comment Brandt, avec sa main « incomparable » ait pu tirer parti de cela pour tenter le développement d'utérus infantiles et y réussir, à ce qu'il a affirmé.

La rétrodéviatiou a bénéficié d'une façon indiscutable de

¹ Stapfer, *loc. cit.*

la méthode suédoise ; sous l'influence du massage, on a pu réduire des utérus qui semblaient indéfiniment fixés en arrière par des brides fibreuses qui, après quelques séances se sont suffisamment allongées pour permettre la réduction de l'organe. Dans l'antéflexion on a aussi de ces brides fibreuses provenant de paramérite postérieure (Schultze) ou de péri-salpingite (Pozzi), siégeant au voisinage du col qui peut être attiré en arrière et en haut tandis que le corps s'infléchit en avant. Suivant Vierow le massage a produit aussi d'excellents résultats dans ce cas.

Si la méthode de Brandt est efficace, elle exige beaucoup de temps et de patience de la part de la malade, beaucoup d'expérience et certaines aptitudes spéciales chez le gynécologue. Ce sont là des conditions que les malades de la classe riche peuvent rencontrer, mais qu'il est bien difficile d'accorder aux malheureuses qui ont besoin de travailler pour vivre. Ce sont ces considérations qui ont conduit Thiriar à pratiquer la cure radicale de l'antéflexion utérine par une opération qu'il appelle cunéihystérectomie².

Cette opération consiste à faire subir au point le plus saillant d'une courbure de flexion utérine une perte de substance cunéiforme à base ellipsoïde. En suturant les bords de l'avivement, on obtient ainsi le redressement et le maintien de l'organe dans sa position physiologique. En somme, Thiriar a appliqué aux flexions utérines la résection cunéiforme qui réussit si bien dans les ankyloses angulaires du genou.

² Thiriar, Communication au Congrès de gynéc. et d'obst. de Bruxelles, septembre 1892.

Thiriar n'a pratiqué cette opération qu'une seule fois.
Voici son observation :

OBSERVATION DE THIRIAR

La malade que j'ai opérée de la sorte est une femme de vingt-deux ans, sans profession, accouchée normalement il y a dix-huit mois. Les règles ont toujours été douloureuses ; mais c'est depuis cinq mois seulement qu'elle a de véritables crises à l'époque menstruelle : vives douleurs, nausées, vomissements. Dans l'intervalle des époques, la leucorrhée était abondante et la miction était toujours difficile.

Entrée dans mon service le 21 juin dernier, il me fut facile de constater l'existence d'une antéflexion complète, le col était fléchi sur le corps à angle aigu. L'hystéromètre redressait cette déviation ; j'essayai l'emploi d'un pessaire qui ne fut pas supporté.

Le 7 juillet, je pratiquai la cunéihystérectomie, je fis une incision de 12 centimètres à la paroi abdominale.

Mon premier assistant, le Dr Du Pré, refoula les intestins, de façon à vider le fond du bassin, et j'attirai le plus possible l'utérus au dehors au moyen d'une pince érigne. Sur l'angle postérieur saillant de la flexion, je fis un avivement elliptique de 2 centimètres environ de large et comprenant toute la largeur de la matrice. Le lambeau enlevé comprenait tout le tissu utérin jusqu'à la muqueuse non comprise.

L'hémorragie fut peu abondante ; je réunis alors les bords de cet avivement au moyen de cinq points de suture en catgut n° 2. L'utérus fut, dès lors parfaitement redressé et, abandonné à lui-même, il conservait sa position nouvelle. Le ventre fut refermé par trois plans de suture et un tampon de gaze iodoformée fut placé dans le vagin pour soutenir l'organe opéré.

Les suites de cette opération furent des plus heureuses. La plus haute température observée fut de 37°,6.

A différentes reprises je constatai le résultat parfait de mon opération. L'opérée quitta l'hôpital le 4 août.

Le 6 septembre, l'ex-malade me fit savoir qu'elle n'éprouvait absolument plus aucune douleur. Elle avait eu ses règles la semaine précédente sans aucune difficulté ; « elle était admirable de santé », selon son expression.

Nous avons tenu à reproduire cette observation *in extenso*, pour en indiquer le manuel opératoire, pour montrer en même temps combien cette opération est laborieuse, délicate. Thiriar d'ailleurs ne s'est pas fait d'illusions à ce sujet. Il ajoute en effet¹ « La cunéihystérectomie n'est pas il est vrai très facile à exécuter ; après la laparotomie, il faut vider en quelque sorte le petit bassin et réséquer le coin utérin dans la profondeur de l'abdomen ». Thiriar dit encore qu'on peut comprendre la muqueuse utérine dans la résection. Mais alors l'asepsie doit être bien difficile à obtenir, surtout si on y ajoute ce refoulement en haut de l'intestin qui a toujours tendance à faire irruption entre les doigts de l'aide et les tampons. L'ablation du segment cunéiforme de l'utérus doit particulièrement présenter des difficultés considérables ; on opère en effet sur un organe peu volumineux dont les plaies ont une tendance particulière à saigner, dans un espace très restreint et peu éclairé.

Sans porter d'appréciation sur son procédé, l'auteur comptait sur l'avenir pour nous édifier sur son importance. Mais l'avenir a gardé le silence, ce qui donne bien à réfléchir sur cette opération dont la gravité semble disproportionnée avec une affection sans doute douloureuse, mais ne pouvant pas menacer l'existence de la malade.

¹ *Loc. cit.*

CHAPITRE III

De l'hystéropexie dans le traitement de l'antéflexion utérine.

M. le professeur Laroyenne, dans ses leçons orales faites à la Charité, dans une communication au dernier congrès de Rome (mars 1894) et dans un article paru dans les *Annales de Tocologie* (mai 1894) a préconisé un nouveau traitement de l'antéflexion¹, et, le premier, il l'a appliqué : c'est l'hystéropexie suivant son procédé, très bien décrit par Bouffandeau.

Dans les observations qui suivent, on constate qu'immédiatement après la fixation de l'utérus à la paroi abdominale, le redressement de la coudure utérine s'est effectué. Ce redressement s'est parfaitement maintenu les

¹ Baudouin, dans sa thèse (1890), avait proposé l'hystéropexie dans l'antéflexion adhérente, mais nullement dans l'antéflexion où les brides fibreuses font défaut. Ce mérite revient à M. le professeur Laroyenne.

jours suivants, et les malades ont pu rentrer chez elles dans un état satisfaisant ¹.

Les résultats datent encore de trop peu de temps, pour que l'on puisse porter un jugement définitif sur cette opération; mais ce qu'on sait actuellement de l'hystéropexie et les considérations théoriques qui vont suivre permettent d'espérer beaucoup de cette opération appliquée à l'antéflexion.

L'utérus, en état d'antéflexion, quel que soit le genre de celle-ci, flexion du corps sur le col, du corps sur le corps ou enfin du col sur lui-même, présente toujours le fait d'avoir sa portion supérieure antéfléchie privée de soutien et obligée, d'autre part, de lutter contre la pression des intestins qui se fait sentir d'une façon beaucoup plus effective que dans la position normale de l'utérus : au niveau de la coudure, que l'affection soit congénitale ou non, il existe des lésions de sclérose qui amènent des troubles douloureux et des perturbations par le fait des compressions exercées sur les nerfs et les vaisseaux. Si la dilatation de l'orifice interne peut amener un soulagement et un redressement partiel, cet état ne persistera pas, car toujours le poids du fond de l'utérus viendra reconstituer cette coudure. Ce n'est donc pas, comme on l'a cru jusqu'à présent, en agissant sur le col ou l'orifice interne qu'on arrivera à un résultat, mais bien en soulevant le fond de l'organe et en le fixant de

¹ Pour toutes les considérations qui suivent, nous nous sommes inspiré de l'article de M. le Dr Condamin paru dans le *Mercredi médical* du 16 mai 1894, auquel nous avons fait de larges emprunts.

telle sorte qu'il ne puisse plus s'abaisser. Ne pouvant s'abaisser, l'utérus ne pourra s'incurver .

C'est ce résultat qu'on obtient par l'hystéropexie. Pour redresser un corps souple et infléchi sur lui-même, il suffit d'exercer des tractions à ses deux extrémités : c'est ce que l'on fait dans l'hystéropexie. Les tractions exercées sur l'extrémité inférieure sont représentées par les tiraillements qu'exerceront sur le col les adhérences du vagin à cet organe ; les tractions exercées sur l'extrémité du corps utérin le seront par les fils hystérofixateurs, qui devront être placés un peu haut, pour agir sur l'extrémité de la courbe supérieure. Le point de la paroi abdominale où l'on fera adhérer le fond de l'utérus devra également être un peu haut pour que le vagin soit attiré en haut et tende, par ce fait, le col qui sera ainsi ramené en rectitude parfaite.

Sous l'influence de cette action mécanique prolongée, et, à la rigueur, de quelques dilatations de l'orifice interne, l'éperon que formait en dedans la coudure de la partie supérieure de l'utérus sur l'inférieure disparaîtra, et, avec lui, les symptômes douloureux qui accompagnent la menstruation.

La possibilité de la fécondation, dans de telles conditions, ne peut faire de doute. D'autre part, on sait actuellement que la grossesse et l'accouchement ne sont pas influencés d'une façon fâcheuse par l'hystéropexie : Sœnger rapporte douze observations de grossesse normale sur treize grossesses chez des hystéropexiées pour rétro-déviations. Récemment, quatorze observations de grossesse après hystéropexie, pour la même cause, réunies par Labusquière, montrent que cette opération n'empêche

nullement la conception. De ces quatorze grossesses, deux ont été suivies de fausses couches, dix sont arrivées à terme normalement, les deux autres étaient encore en observation au moment de la publication du mémoire. Bouffandeau en cite deux cas chez des malades hystéropexiées par M. le professeur Laroyenne : l'un a été suivi de fausse couche à deux mois et demi, l'autre malade a accouché normalement. Donc, en résumé, l'hystéropexie ne trouble ni la grossesse ni l'accouchement, et nous ajoutons que ce mode de traitement doit favoriser la fécondation dans l'antéflexion utérine, et que le redressement de la coudure a une action favorable sur la salpingite concomitante.

L'hystéropexie, appliquée à l'antéflexion par M. le professeur Laroyenne, est une opération autrement moins grave que la cunéihystérectomie. En voici, en quelques mots, le *modus faciendi*, on pourra plus facilement le comparer au procédé de Thiriar, on jugera de la simplicité de l'opération, de sa rapidité, de la facilité avec laquelle on peut assurer une antisepsie rigoureuse.

Après avoir pris tous les soins antiseptiques et aseptiques, comme dans toute laparotomie, après avoir placé sur le lit le Trendelenburg la femme anesthésiée à l'éther, on opère de la façon suivante :

Premier temps. — Dilatation du col, pour permettre l'entrée dans la cavité utérine, du gros hystéromètre de Laroyenne, avec lequel un aide réduit l'utérus, le reporte en haut et le maintient continuellement appliqué à la paroi abdominale, au point où l'on a décidé de le fixer, en soulevant même cette paroi.

Deuxième temps. — Incision sur la ligne blanche, de 6 à 8 centimètres, comprenant le péritoine et conduisant

directement sur l'utérus. On peut dire que la cavité péritonéale ne reste presque pas ouverte, puisque le fond de l'utérus vient fermer immédiatement l'orifice. — Hémostase. — Les bords de la section péritonéale sont maintenus par des pinces à pression. Voir s'il n'y a pas d'anse intestinale ou d'épiploon en avant de l'utérus ; si le fait existe, il est facile de les récliner.

Troisième temps. — L'aide, avec l'hystéromètre, maintient le corps utérin dans la plaie — introduction des trois aiguilles — broches de Laroyenne. On retire l'hystéromètre.

Quatrième temps. — On charge les aiguilles de crins de Florence qu'on noue l'un après l'autre, après avoir retiré l'aiguille correspondante.

Cinquième temps. — Suture intercalaire facultative au catgut ne comprenant pas l'utérus, puis suture superficielle au catgut.

Sixième temps. — Tampon de gaze iodoformée dans vagin, servant de pessaire provisoire. Application d'un pessaire Hodge douze à quinze jours après l'opération¹.

Comme on le voit par cet exposé succinct, l'opération ne demande pas des connaissances chirurgicales très étendues. Si nous laissons de côté les cas où M. le professeur Laroyenne a fait en même temps l'ablation des annexes malades, elle mérite à peine le nom de laparotomie, puisqu'en somme la cavité péritonéale n'est pas en communication avec l'air extérieur. Les chances d'infection sont bien minimes ; on pourrait même dire que tout

¹ Pour plus de détails, voir Bouffandeau, thèse de Lyon, 1893.

se résume à assurer l'asepsie d'une plaie non pénétrante de l'abdomen.

Nous pouvons donc prévoir que l'hystéropexie, appliquée à l'antéflexion utérine par M. le professeur Laroyenne est une opération qui, grâce à sa simplicité et aux excellents résultats qu'elle a déjà donnés, passera dans le domaine de la chirurgie courante.

CHAPITRE IV

Observations.

OBSERVATION I ¹

*Antéflexion très marquée. Annexites à gauche. Hystéropexie.
Redressement immédiat de l'antécourbure.*

D. B..., âgée de vingt-cinq ans, née à Chaufailles, demeurant à Thizy, entre à la Charité, service du professeur Laroyenne, le 6 mars 1894.

Réglée à seize ans. Les règles duraient en moyenne quatre jours et avançaient chaque fois de quelques jours. Pertes blanches continuelles. Mariée à vingt-trois ans, elle n'a jamais eu de grossesse. Pas de fausses couches. Les règles ont toujours été douloureuses, avec expulsion de caillots et coliques concomitantes.

Huit mois après son mariage, elle a commencé à souffrir du côté gauche, huit jours après les règles. L'hypochondre gauche

¹ Les deux premières observations ont déjà été publiées par M. R. Condamin. In *Mercredi médical*.

Les autres nous ont été communiquées par M. Bonnet, interne du service.

était douloureux à la palpation ; les douleurs s'irradiaient surtout dans la cuisse. Au bout de trois jours est survenue une métrorragie abondante avec coliques extrêmement vives qui l'obligèrent à se mettre au lit. Région sacro-coccygienne très sensible. Les pertes sanguines ont duré quinze jours et ont cédé à un traitement à l'ergotine.

Persistance de quelques douleurs à droite et à gauche où l'on fait par des topiques un peu de révulsion qui l'améliore considérablement.

Pendant quelque temps, les douleurs légères que la malade éprouvait du côté de la vessie augmentent. Elle se lève deux fois par nuit pour uriner.

Quelques mois avant son entrée à la Charité, elle a encore présenté des pertes qui surviennent dans l'intervalle des règles.

6 mars 1894. — La malade entre à la Charité pour les douleurs qu'elle éprouve, surtout au moment de ses règles, et aussi pour des phénomènes douloureux éprouvés dans la fosse iliaque gauche.

A l'examen on trouve que le ventre est douloureux à la pression surtout du côté gauche. Au toucher, on constate un col porté en avant, le corps de l'utérus infléchi fortement sur le col en avant, et, entre les deux une coudure très prononcée.

On constate du côté des annexes gauches un léger degré de prolapsus ; ce qui domine, c'est l'augmentation de volume et la douleur que réveille la pression. Il n'y a pas lieu de pratiquer une ponction.

14 mars. — Hystéropexie par le procédé Laroyenne.

On se propose, par cette opération de redresser la courbure interne et en même temps de soulever les annexes malades.

Suites opératoires très simples. La malade n'a pas eu une température au-dessus de 37°,3. Immédiatement après l'opération, on constate que l'antécourbure a complètement disparu ; l'utérus est parfaitement droit. Les jours qui suivirent l'opération, la malade éprouva encore quelques douleurs du côté des annexes gauches. Celles-ci ont diminué considérablement de volume.

31 mars. — La malade marche facilement, elle ne souffre pres-

que plus. Cependant elle déclare éprouver quelques tiraillements au niveau du point où son utérus est fixé. L'examen vaginal pratiqué à ce moment montre que l'utérus est en rectitude complète. On ne constate pas trace de la coudure ancienne.

15 mai. — La malade qui depuis quelque temps a quitté l'hôpital nous dit qu'elle va très bien. Les dernières règles n'ont pas été douloureuses.

OBSERVATION II

Antéflexion utérine. Annexites légères. Hystéropexie.

L. M..., âgée de vingt-sept ans, demeurant à Dumont d'Urville. Il y a deux ans, a fait un premier séjour à la Charité pour des douleurs du petit bassin qui furent traitées et guéries par des révulsifs. Peu de temps après, rechute. Les douleurs reparaissent, la marche est très pénible, leucorrhée abondante.

Les règles ont toujours été très douloureuses, cependant avec une légère atténuation depuis un an. Elle expulse, à ce moment, des caillots et en même temps éprouve des coliques utérines assez vives. Les règles durent de huit à dix jours. Quelquefois douleur en urinant.

A son entrée à la Charité, on constate à l'examen, que l'utérus est un peu abaissé, mais surtout il est dans un état d'antéflexion accentuée. Le fond appuie fortement sur la vessie, derrière le pubis en comprimant celle-ci. A l'union du corps avec le col, il existe une coudure très marquée à angle aigu. Le col est en avant. Les annexes sont peu volumineuses, un peu sensibles à la pression.

Le cathétérisme est difficile, impossible même, sans traction énergique sur le col avec une pince érigée. Le bec de l'instrument butte en effet contre un éperon très saillant en dedans et qui correspond à la coudure à angle aigu de l'antéflexion.

Opération le 22 avril 1894. — Après dilatation de l'orifice interne qui est faite sans anesthésie et très péniblement, en raison d'une sténose de l'orifice interne, on redresse l'utérus avec le gros hys-

téromètre de Laroyenne. Laparotomie, puis hystéropexie par le procédé de Laroyenne. A signaler seulement la présence de l'épiploon entre l'utérus et la paroi abdominale. Fixation du fond de l'utérus à la paroi, d'abord par trois aiguilles-broches, puis par trois crins de Florence.

Après l'opération, on constate par le toucher vaginal que le col est un peu moins en avant. L'antéflexion n'est plus perçue, pas plus que la coudure. La direction rectiligne de l'utérus est complète,

28 avril. — La malade va bien; elle ne souffre qu'un peu au niveau de la plaie abdominale. Par le toucher on constate la persistance du redressement utérin.

15 mai. — La malade qui est sortie de l'hôpital donne de ses nouvelles, elle n'éprouve plus aucune douleur.

OBSERVATION III

Antéflexion. Annexites doubles. Hystéropexie.

Andréa M..., dix-huit ans, fille de brasserie. Entrée salle Sainte-Thérèse, le 10 mai 1894. Réglée à quinze ans et demi, jamais d'une façon bien régulière. Règles peu abondantes, durant une journée en moyenne. Bonne santé habituelle.

Le début de l'affection remonte à huit jours. Début par colique et diarrhée; le lendemain, points douloureux dans le ventre, douleurs lombaires.

On sent l'utérus en antéflexion très marquée avec rétroposition. Du côté gauche et dans le cul-de-sac latéral, on sent une petite masse de la grosseur d'une petite orange qui est assez sensible à la pression. Du côté droit, on sent aussi les annexes plus volumineuses que normalement, mais moins douloureuses.

La palpation est assez douloureuse, la malade éprouve quelques douleurs dans la région sus-pubienne. Les règles sont peu abondantes et peu douloureuses. La malade éprouve actuellement de

fortes douleurs du côté des reins avec irradiations dans les cuisses et les fesses.

16 mai. — Hystéropexie per le procédé Laroyenne. Immédiatement après, on constate que la coudure antérieure que l'on sentait par le vagin et l'incision abdominale a complètement disparu. Néanmoins le col est encore légèrement porté en avant.

24 mai. — La malade déclare ne plus souffrir. Sa cavité utérine n'est pas agrandie, 6 1/2. Utérus haut. Le col est dans le cul-de-sac postérieur, position normale. Plus de douleurs à la pression dans les culs-de-sacs latéraux; pas de trace d'ancienne coudure. Utérus parfaitement rectiligne.

OBSERVATION IV

Rétroposition avec antéflexion. Hystéropexie.

Eugénie B..., vingt-sept ans, blanchisseuse, entre le 3 mai 1894 à la salle Sainte-Thérèse. Réglée à treize ans. La menstruation s'est établie sans aucun malaise. Règles bien régulières, sans douleur. Mariée à vingt-quatre ans. Une seule couche normale, s'est levée au bout de huit jours. Pendant toute sa grossesse, elle a eu des vomissements verdâtres jusqu'au dernier mois. Elle a allaité son enfant. Les époques sont revenues après sept mois. Bien portante jusqu'à il y a huit mois. A ce moment, elle éprouve de temps en temps quelques petites coliques légères tantôt dans le bas-ventre, tantôt dans les côtés. Elles se produisaient surtout quand la malade portait sur ses épaules d'assez lourds fardeaux, montait plusieurs étages, était beaucoup fatiguée et avait beaucoup marché.

Pertes blanches (glaires) depuis deux mois. Depuis ce moment la malade ne pouvait travailler. Elle était obligée de s'asseoir. Lassitude, maux de reins, douleurs légères dans le bas-ventre.

Elle était venue à la consultation gratuite le 7 avril, le diagnostic de rétroversion réductible avait été fait, et on lui avait mis

une boucle Hodge qu'elle a gardée pendant huit semaines. Au moment de ses époques, elle a éprouvé de vives coliques qui l'ont obligée d'ôter son pessaire.

3 mai. — Entre dans le service, on constate antéflexion avec très léger degré d'annexites. Cavité utérine 7 1/4.

6 mai. — Hystéropexie par procédé Laroyenne.

18 mai. — Utérus tient parfaitement à la paroi, il est élevé, on ne trouve plus de coudure. Cavité utérine 8 centimètres. Le col est sensiblement effacé. La malade n'a pas beaucoup de douleurs, elle n'a pas souffert pendant ses règles.

22 mai. — La malade marche sans difficulté aucune. Elle n'éprouve aucune douleur et se sent bien soutenue. L'épanchement sanguin qui siège au niveau de la plaie semble se résorber progressivement.

24 mai. — Utérus parfaitement réduit; culs-de sacs libres et non douloureux. Utérus haut placé. On ne sent rien du côté des annexes. L'épanchement sanguin de la paroi est résorbé. La malade quitte le service.

OBSERVATION V

*Antéversion et antéflexion. Annexites légères. N  vropathe.
Ovariectomie double. Hystéropexie.*

Céline J..., vingt-six ans, lingère, entre le 10 mai, salle Sainte-Thérèse. Bonne santé habituelle. Réglée à onze ans, régulièrement jusqu'à dix-huit ans, époque à laquelle elle eut une interruption de règles pendant dix-huit mois. Deux grossesses à terme, l'une à quinze ans, l'autre à vingt et un ans. Le début de son affection remonte au 1  r novembre. La malade a porté plusieurs fois des anneaux qui ne l'ont pas soulagée.

A l'examen, on sent l'utérus en antéflexion assez prononcée, la coudure siège un peu au-dessus de l'orifice interne. La malade éprouve de violentes douleurs au moment des règles et rend des

caillots. Le col est fortement porté en arrière et en haut. Du côté gauche, on sent des annexes plus volumineuses que normalement, très douloureuses à la pression, elles sont prolabées dans le cul-de-sac latéral, il semble qu'on distingue nettement l'ovaire et la trompe.

Du côté droit les annexes sont également douloureuses, volumineuses; elles sont surtout très hautes, on ne les perçoit que dans la fosse iliaque au-dessus du cæcum; on les sent se continuer directement avec le fond de l'utérus.

La malade ne peut pas marcher, faire d'efforts sans éprouver des douleurs très vives. Quand elle est au lit, bien étendue, elle souffre beaucoup moins.

La malade a de fréquentes envies d'uriner; les mictions sont parfois douloureuses.

Quand on tire le col en avant, on sent des brides, sensibilité assez vive.

16 mai. — Opération procédé Laroyenne. Ablation de deux ovaires lisses à la surface, mous et augmentés de volume, grosses varicosités à la surface. L'ovaire droit paraît complètement sain. Utérus assez volumineux, élargi transversalement. Fixation à la paroi par deux aiguilles-broches. Redressement immédiat de la courbure.

22 mai. — La malade ne souffre pas du ventre, mais présente quelques symptômes névropathiques qui du reste sont habituels chez elle.

24 mai. — Culs-de-sacs libres. Cavité utérine 6 1/2. Le fond de l'utérus est bien maintenu contre la paroi. Utérus rectiligne constaté à l'hystéromètre et à la palpation. La malade ne souffre pas, marche sans douleur.

CONCLUSIONS

I. S'il est une affection utérine qui ait résisté aux divers traitements chirurgicaux ou orthopédiques dirigés contre elle, c'est certainement l'antéflexion utérine.

II. Les pessaires sont d'une inefficacité notoire, et ceux qui présentent une tige destinée à être maintenue dans la cavité utérine pour la redresser, sont dangereux.

III. Toutes les opérations portant sur le col n'ont donné que des résultats médiocres ou temporaires.

IV. Sans nier les bons résultats obtenus par le massage, nous ajoutons que cette méthode est inapplicable le plus souvent, à cause de la longueur du traitement.

V. La cunéihystérectomie de Thiriar est une opération disproportionnée en gravité avec une affection qui, tout en étant douloureuse, ne menace pas l'existence de la malade.

VI. L'opération qui semble devoir donner les meilleurs résultats est l'hystéropexie,

VII. L'hystéropexie, exécutée d'après le procédé de M. le professeur Laroyenne, est une opération facile, rapide, ne faisant courir aucun risque à la malade.

VIII. L'hystéropexie procure une guérison radicale en supprimant la coudure qui cause les accidents dysménor-rhéiques et autres.

Vu, bon à imprimer
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LAROYENNE.

Vu, bon à imprimer
LE DOYEN,
LORTET.

Vu, bon et permis d'imprimer
LE RECTEUR,
E. CHARLES.

BIBLIOGRAPHIE

- Auvard. — *Traité pratique de gynécologie*, Paris 1892.
- Baudouin. — *Hystéropexie abdominale antérieure et opérations sus-pubiennes dans les rétro-déviation de l'utérus*, th. Paris, 1890.
- Bouffandeau. — *De l'hystéropexie* par le procédé du professeur Laroyenne, th. Lyon, 1893.
- R. Condamin. — De l'hystéropexie dans l'antéflexion utérine (*Mercredi médical*, 16 mai 1894); *Dictionnaire encyclop. des sc. méd.*, art. PESSAIRE.
- Duplay et Reclus. — *Traité de chirurgie en huit volumes*.
- Mundé. — *Traité de petite chirurgie gynécologique*, traduit par Lauwers.
- Pozzi. — *Traité clinique et opératoire de gynécologie*, Paris, 1892.

